

# Jetzt geh ich's an!

## Dynamische Gruppentherapie für stotternde und polternde Schulkinder

Anja Mannhard

**ZUSAMMENFASSUNG.** Sowohl beim Stottern als auch beim Poltern werden immer wieder effiziente Behandlungsformen diskutiert. Die Notwendigkeit der direkten Therapie des Stotterns bei Schulkindern und auch bereits bei jüngeren Kindern ist mittlerweile allseits anerkannt. Dabei gilt bei Schulkindern die Gruppentherapie als die wirksamste Methode. Stottern und Poltern kann isoliert, aber auch in Mischform auftreten und lässt sich zusammen therapieren. Der vorliegende Beitrag zeigt, dass sich auch rein stotternde und rein polternde Schulkinder sehr gut in einer Gruppentherapiemaßnahme miteinander behandeln lassen, da sie von überschneidenden Therapiebausteinen bei beiden Störungen und vor allem von den Vorteilen der Gruppentherapie als Kommunikationstherapie profitieren.

Schlüsselwörter: Stottern – Poltern – Gruppentherapie – Kommunikationstherapie – Schulkinder

### Einleitung

Es ist bislang noch wenig untersucht, wann bei redeflussgestörten Schulkindern eine Gruppentherapiemaßnahme indiziert und wann sie kontraindiziert ist. Meiner Erfahrung nach gibt es wenige Fälle, bei denen eine reine Gruppentherapiemaßnahme oder eine kombinierte Gruppen- und Einzeltherapie nicht angezeigt ist bzw. Nachteile bringt. Im Laufe der Jahre sind mir folgende Ausnahmen begegnet:

- ▶ Ein Kind hat stärkere Defizite in sonstigen Bereichen der Sprachentwicklung, beispielsweise der Grammatik oder des Sprachverständnisses, oder es weist mangelnde deutschsprachliche Kenntnisse auf. Dadurch ist es den anderen Gruppenmitgliedern in seinem Entwicklungsstand stark unterlegen, was sich auch mit begleitender Einzeltherapie zur Gruppentherapie nicht kompensieren lässt.
- ▶ Ein Kind zeigt starke Verhaltensauffälligkeiten, die sich auch mithilfe der Kommunikationsregeln und -prozesse in der Gruppentherapiemaßnahme nicht sinnvoll steuern lassen. Das Kind benötigt primär eine Einzeltherapie bzw. eine familien- oder verhaltenstherapeutische Maßnahme.
- ▶ Die Eltern und/oder das Kind zeigen eine negative Einstellung zur Gruppentherapie. Sie befürchten, diese könne dem Kind schaden bzw. sie könnten keine ausreichende Kontrolle über die dadurch entstehenden Prozesse haben. Auch Gespräche und Motivationsversuche des Therapeuten, in denen er versucht, Trans-

parenz über die Maßnahme zu verschaffen, verändern nichts. Eine abweisende Haltung gegenüber einer Gruppentherapiemaßnahme tritt in der Regel bei sehr geschlossenen, misstrauischen oder angstbesetzten Familiensystemen auf. Die gefürchtete, in der Familie nicht ausreichend angesprochene, oft von Eltern und Kind abgewehrte Identität eines stotternden oder polternden Menschen wird in der Gruppe bewusst vor mehr Teilnehmern als nur dem Therapeuten „geoutet“. Wenn die Abwehr und Widerstände zu groß sind, ist ggf. eine familientherapeutische Maßnahme oder nur eine Einzeltherapie angezeigt.

Die Gruppentherapie meiner Praxis stellt eine Kombination von prozess-, person-, störungs- und verhaltenszentrierten Maßnahmen dar. Einerseits werden die kommunikativen Prozesse, die mit der persönlichen Entwicklung der einzelnen Gruppenmitglieder zusammenhängen und wie sie als Gruppe zusammenwirken, angeregt und reflektiert. Andererseits werden in der direkten Therapie störungsspezifische Verhaltensänderungen, wie beispielsweise die Modifikation der Stottersymptome oder bei Polternden die Arbeit am Sprechmuster auf verschiedenen Sprechleistungsstufen trainiert. Stottern weist eine große Kontextabhängigkeit auf, und gerade bei Schulkindern zeigen sich die Sprechanforderungen in einem gemeinsamen Kontext, die in der Gruppe bearbeitet werden können.

**Anja Mannhard** ist Logopädin und Erzieherin. Sie verfügt über Weiterbildungen zur Lehrlogopädin und zu Personenzentrierter Gesprächsführung nach Carl Rogers. Neben ihrer Praxis für Logopädie & Personenzentrierte Beratung in Lörrach bietet sie Seminare für pädagogische Fachkräfte an. Darüber hinaus ist sie Fachautorin in den Bereichen Kindersprache, Redeflussstörungen, Stimme und Sprachförderung.



### Vorteile der Gruppentherapie

Die Gruppentherapie bietet bei stotternden und polternden Schulkindern eine Reihe wesentlicher Vorteile gegenüber der Einzeltherapie:

- ▶ Die Symptomatik kommt im kommunikativen Verhalten als zirkuläres Reaktionsmuster zum Ausdruck. Auf verhaltensmodifizierende und desensibilisierende Weise kann in einer Gruppentherapie Einfluss genommen und können die Kommunikationsmuster verändert werden (Katz-Bernstein & Subellok 2002, 27).
- ▶ Die Kinder treten für die Dauer der Maßnahme miteinander reflektierend, spiegelnd, sich gegenseitig motivierend und unterstützend in Kontakt. Laut Zückner (2009) weisen stotternde Schulkinder, die sich in einer therapeutischen Maßnahme befinden, ein überdurchschnittlich hohes Selbstwertgefühl auf.
- ▶ Bei guter Gruppenleitung können bisherige Rollenmuster der Kinder aufgegriffen und verändert werden. Schweigsame Kinder lernen sich mehr einzubringen bzw. werden dazu motiviert, dominante Kinder lernen sich zurückzunehmen.
- ▶ Meiner Erfahrung nach ist das Kennenlernen anderer Kinder mit ähnlicher Symptomatik und Problemen der größte Vorteil einer Gruppe und mindert das Einsamkeits- oder Außenseitergefühl, das redeflussgestörte Schulkinder, gerade in der Schule, immer wieder haben. Der Vergleich der eigenen

Symptomatik mit der der anderen, ihre Enttabuisierung und die in der Gruppe entstehenden und erarbeiteten Kommunikationssituationen ermöglichen eine tiefgehende Desensibilisierung.

► Gruppentherapie bietet viele Möglichkeiten, aktuellen Anforderungen des Kindes gerecht zu werden. Bei Schulkindern sind das Halten von Referaten, lautes Vorlesen oder das sich Melden im Unterricht häufige Problemstellungen. Mit einer Kleingruppe kann man die Sprechleistungsebenen der Schule wesentlich realistischer abbilden als in der Einzeltherapie oder im In-vivo-Training (vgl. Mannhard 2007).

► Aufgeschlossene Eltern, deren Kinder an der Gruppentherapie teilnehmen, können in einen gegenseitigen Austausch treten. Jeder Stottertherapeut kennt die Situation, dass im Fernsehen wieder einmal auf unseriöse Weise scheinbar grandiose Therapieansätze zur „Heilung vom Stottern“ dargestellt werden, woraufhin sich der Stottertherapeut in der darauf folgenden Stunde zahlreichen Fragen zu diesen Therapieformen ausgesetzt sieht. Aufklärung über das Stottern, zur seriösen Therapie und zur eigenen Mitarbeit und Unterstützung des Kindes in der Gruppentherapiemaßnahme können in einem solchen Austausch angesprochen werden.

Nach Katz-Bernstein & Subellok (2002, 25) wird in der Gruppentherapie besonders die Kommunikationsebene „Initiative vs. Isolation und Rückzug“ angesprochen:

- sich der Peer-Gruppe zuwenden
- Dialogregeln
- Fairness
- Empathie
- teilen, verhandeln, streiten und sich versöhnen lernen

Es gibt redeflussgestörte Kinder, die (kommunikative) Entwicklungsthemen mangelhaft ausgebildet haben, z.B. Dialogregeln einzuhalten, sich mutig mit den eigenen Themen und Anliegen einzubringen, eigene Impulse und Bedürfnisse sowie Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken oder auch die entsprechende Disziplin zur kontinuierlichen Arbeit an Veränderungen aufzubringen. Im letzten Fall glauben die Kinder entweder nicht an die eigene Wirksamkeit und geben zu schnell auf, oder aber sie haben ein Grandiositätsgefühl gegenüber der eigenen Person. Beides kann natürlich auch als Ambivalenz in derselben Person auftreten. All diese Entwicklungsthemen treten in der Gruppe und der sozialen Interaktion oftmals deutlicher zutage als in der Einzeltherapie und können dort auch bearbeitet werden, sobald die Kinder bereit dafür sind.

## Zur Mischform Stottern und Poltern

Stottern und Poltern können in Mischform bei ein- und derselben Person auftreten. Eine grundlegende Unterscheidung der persönlichen Charaktere und etwaiger Ableitung von Persönlichkeitsmerkmalen sind aus meiner Sicht fragwürdig. Nach meiner Beobachtung überwiegt eine Störung und die andere kommt in geringerem Ausmaß hinzu. Bei Mischformen liegt in der Regel das Poltern als Grundstörung vor und im Laufe der Entwicklung kann das Stottern hinzutreten. Diese Symptome kann man von den Poltersymptomen anhand ihrer erhöhten Spannung abgrenzen. Auch rein Polternde und Stotternde können sehr gut in einer gemeinsamen Maßnahme therapiert werden, denn sie benötigen beide die Arbeit am Sprechmuster und den Aufbau der sprecherischen Kompetenzen auf diversen Sprechleistungsstufen. Die Tabelle 1 zeigt die differenzielle Untersuchung der symptomatischen Unterscheidung

von Poltern und Stottern nach Sick (2004, 58). „Zusammenfassend sind Stottern und Poltern bezüglich der Kernsymptome voneinander abgrenzbar. Inwieweit spannungsfreie/spannungsarme Silben- und Lautwiederholungen als gemeinsames Symptom beider Störungen auftreten, ist derzeit noch nicht geklärt“ (Sick 2004, 60).

## Kriterien einer erfolgreichen Stotter- und Poltertherapie

Erfolg in der Therapie der Redeflussstörungen zeigt sich in vielen Bereichen und kann nicht nur auf Symptommfreiheit begrenzt werden:

► Die Störung an sich wird kennen gelernt und im besten Fall ein Stück weit akzeptiert, so dass es nicht zum ständigen angespannten und angstvollen Ankämpfen dagegen kommt, sondern das Kind lernt, erfolgreich mit und trotz der Störung zu kommunizieren. Auch bei polternden Kindern ist es durchaus wichtig, dass sie die eigene Störung durch Spiegeln in der Gruppe besser wahrnehmen,

■ Tab. 1: Differenzierung von Poltern und Stottern aus Sick (2004)

Parameter	Poltern	Stottern
<b>Blockierungen</b>	nein	ja
<b>Spannungsvolle Dehnungen</b>	nein	ja
<b>Sprechtempo</b>	erhöht und/oder irregulär verbunden mit vielen phonetischen Auffälligkeiten	normal bis langsam, bei Symptomatik auch irreguläres Tempo möglich
<b>Kontaminationen von Lautfolgen und ganzen Wörtern</b>	ja	nein
<b>Wiederholungen allgemein</b>	Anteil aller Wiederholungen: mehr Wort- und Satzteilwiederholungen, kaum Lautwiederholungen	Anteil aller Wiederholungen: mehr Lautwiederholungen
<b>Silbenwiederholungen/ Lautwiederholungen</b>	spannungsfrei oder leichte Spannung	kombiniert mit Spannung und Blockierungen, auch spannungsfrei/ spannungsarm möglich
<b>Komplexe Syntax/ sprachliche Strukturierung</b>	häufig auffällig	primär unauffällig, in Spontansprache sekundäre Auffälligkeiten durch Vermeidensverhalten möglich
<b>Sprachentwicklung</b>	häufiger verzögert	häufiger normal
<b>Lese-Rechtschreib-Schwäche</b>	auffällige Häufigkeit bei Poltern	keine Beziehung zum Stottern
<b>Aufmerksamkeit</b>	häufig beschriebene Auffälligkeiten	keine Beziehung zu Aufmerksamkeitsstörungen
<b>Symptomwahrnehmung</b>	eingeschränkt	besser
<b>Sprechängste</b>	tendenziell weniger und leichter als bei Stottern	häufig starke Sprechängste
<b>Sprechen</b>	tendenziell	tendenziell
● unter Stress	besser	schlechter
● in Entspannung	schlechter	besser
<b>Handschrift</b>	häufig unkoordiniert	Handschrift nicht symptomatisch verändert
<b>DAF</b>	meistens schlechter	besser

wenn sie z.B. von den anderen Kindern aufgrund zu schnellen Tempos und undeutlicher Aussprache nicht verstanden werden.

► Die Sprechflüssigkeit wird verbessert, angestregtes Vermeidungsverhalten sowie die Sekundärsymptomatik verringert bzw. wird bei primär polternden Kindern deutlich, wieso sie anhaltend an der Arbeit am Sprechmuster arbeiten sollten. Polternde haben häufiger eine noch unrealistischere Haltung als Stotternde zum eigenen Symptom und meinen, es gäbe einen „Trick“, womit es binnen kürzester Zeit „weggezaubert“ wäre.

► Sprechängste können reduziert und kommunikative Kompetenzen aufgebaut und erweitert werden, wodurch sich die soziale Integration, gerade in einer Schulklasse, verbessern kann. Das Selbstwertgefühl kann erhöht und die Wahrnehmung der Umwelt positiv beeinflusst werden (was denkt das redeflussgestörte Kind, was andere über es denken?).

## Grundlegende Prinzipien der Gruppentherapie

In meiner langjährigen Arbeit mit stotternden und polternden Kindern und Jugendlichen haben sich für die Gruppentherapie eine Reihe von grundlegenden Prinzipien als wichtig und tragfähig herauskristallisiert:

### Das Kind als individuelle Person – auch in einer Gruppe

Wichtig erscheint mir, dass sich die therapeutische Arbeit nicht nur auf sprechmotorische Übungen bzw. die Vermittlung von Sprechtechniken bezieht, sondern dass das Kind als Person in den Mittelpunkt gestellt wird – vor der Symptomatik. Da gerade das Stottern oftmals einen hohen Leidensdruck beim Kind und in seiner Familie verursacht, wird das Wohlbefinden des Kindes und der Eltern häufig allein von der Stotterstärke abhängig gemacht. Alle weiteren Schwierigkeiten im Leben des Kindes werden dann gerne ausschließlich auf das Stottern bezogen und sonstige Ressourcen des Kindes vernachlässigt.

Das mag auch den Therapeuten dazu verführen, den Druck aufzunehmen und letzten Endes doch vor allem an der Symptomfreiheit zu arbeiten. Natürlich ist es ein primäres Ziel, die Sprechunflüssigkeiten zu reduzieren, aber Sprechflüssigkeit allein macht keinen kommunikativen Erfolg aus. Vor allem kann schnell die Sichtweise entstehen – wenn der Therapeut dies nicht adäquat den Kindern und Eltern gegenüber transparent macht –, dass eine Therapie ohne weitgehende Symptomfreiheit eine misslungene Therapie ist.

Auch zur zyklisch angelegten Natur des Stotterns sollte informiert werden – so ist nicht immer zu erklären, warum ein Kind nach einer flüssigeren Phase wieder in eine Phase verstärkter Symptomatik gelangt. Man kann aufgrund von *Starkweathers* Modell der Anforderungen und Kapazitäten (1990) Hypothesen bilden, jedoch kann man nicht immer die individuelle Symptomatik einer Person hinlänglich verstehen – man kann sie nur annehmen und damit arbeiten.

### Realistische Informationen zur Redeflussstörung und zur Therapie

Es scheint mir wichtig, dass sich Therapeuten nicht in die teilweise unbefriedigende Ursachendiskussion hineinziehen lassen, die viele Eltern immer wieder anführen, sondern stattdessen eine gute und verständliche Information zum Stottern oder Poltern geben und zu den Möglichkeiten, daran zu arbeiten. Das ist auch für die Kinder in der Therapie wichtig. Gerade zum Poltern fehlen grundlegende Informationsunterlagen, die es zum Stottern bereits in einer Vielzahl gibt. Ein Versuch meinerseits, diesbezüglich mit der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe (BVSS) in Köln zusammenzuarbeiten, wurde mit der Antwort quittiert, es gäbe kaum Polternde unter den Stotternden. Das kann ich bei der Vielzahl an Mischformen oder reinen Polternden, die zu mir in die Therapie kommen, nicht bestätigen. Oftmals wird Poltern immer noch falsch eingeschätzt, von Ärzten und von Laien. Hier sollte mehr adäquate Aufklärungsarbeit betrieben werden.

### Individuell zugeschnittene Therapiemaßnahmen

Ein weiterer bedeutsamer Aspekt ist, dass die Therapie individuell zugeschnitten sein muss. Somit kann eine Gruppentherapiemaßnahme nicht genau wie die andere aussehen, denn sie lebt mit den beteiligten Kindern. Auch wenn es bei redeflussgestörten Schulkindern gemeinsame Anliegen gibt, die sich hervorragend in der Gruppe bearbeiten lassen, bestimmen ihre individuellen Anliegen den Gruppenprozess und Aufbau der jeweiligen Maßnahme erheblich mit.

Nicht in jeder Maßnahme benötigen die Kinder alle üblichen Therapiebausteine einer Redeflussstherapie und nicht jedes Mal im gleichen Umfang. Standard-Therapieprogramme, die in jeder Maßnahme gleich verlaufen, halte ich für diskussionsbedürftig. Entweder passt die Maßnahme gerade zum Bedarf der beteiligten Kinder, oder einzelne haben Pech und können von der Maßnahme nicht hinreichend profitieren. Womöglich wird dies dann noch als Defizit oder Unver-

mögen des Kindes interpretiert. Es sollte hier eine therapeutische Grundhaltung und keine pädagogische Trainingshaltung im Blick sein. Die Beziehung, die der Therapeut zu den einzelnen Kindern und ihren Eltern aufbauen und halten kann, ist für den Erfolg der Maßnahme ausschlaggebend – vor den gewählten Methoden.

### Wahrnehmungsdifferenzierung schafft neue Bewusstheit

Das grundlegende Prinzip der direkten Stottertherapie ist neben dem Kennenlernen der primären und begleitenden Symptomatik ein konstruktiv-konfrontativer Umgang mit ihr, was sich aus meiner Sicht auch auf das Poltern übertragen lässt. Polternde nehmen sich häufiger mit ihrer Symptomatik und deren Auswirkungen auf die Umwelt unzureichend wahr, weshalb das Feedback von außen wichtig ist, um die Motivation zur Selbstveränderung anzuregen. „Wahrnehmungsdifferenzierung schafft neue Bewusstheit“, sagt *Wendlandt* (2009, 51) – dies gilt meiner Ansicht auch für das Poltern.

### Therapieinhalte orientieren sich an der realen Umwelt der Kinder

Die Therapieinhalte sollten sich an der realen Umwelt und den Anforderungen der beteiligten Kinder der Gruppentherapiemaßnahme orientieren. Davon losgelöste Inhalte halte ich für nicht zielführend. Dies bedeutet, dass in jeder Stunde Raum entsteht, in dem Kinder über ihre Erfahrungen mit dem Sprechen und zur Integration der Therapieinhalte in den Alltag reden und mitteilen können, welche weiteren Therapieinhalte die folgenden Stunden haben sollten. Hierbei sollten die „Plus-Erfahrungen“ (*Wendlandt* 2009, 58) zunehmend einen großen Stellenwert erhalten. Dazu ist die Information der Eltern und der regelmäßige Austausch mit ihnen von Bedeutung, da die Kinder nicht immer von sich aus darüber oder auch über schmerzhaftere Erfahrungen mit dem Sprechen und mit ihrer Umwelt berichten.

So wusste ich z.B. bei Nils (9 Jahre) von seiner Mutter, dass er auf der Ferienfreizeit von älteren Jungen wegen des Stotterns gemobbt wurde, woraufhin er sich weinend zurückzog. Andererseits jedoch trug er im Kindergottesdienst so flüssig sprechend eine Rede vor, dass andere Erwachsene seine Mutter darauf ansprachen. Durch meine Kenntnis davon konnte ich diese Erfahrungen in der Therapie aufgreifen und nutzbar machen.

Sven (10 Jahre), ein weiterer beteiligter Junge, machte ebenfalls bereits schmerzhaftere Erfahrungen mit Mobbing in seiner Klasse und so veränderte sich der ursprünglich ge-

plante Therapieinhalt in ein Rollenspiel mit mehreren Durchläufen, in dem die Gruppe verschiedene (verbale und nonverbale) Verhaltensweisen im Umgang mit Mobbing erprobte. Mobbing ist eine Erfahrung, die fast alle stotternden Schulkinder kennen, Poltern betrifft dies weniger.

### Grundlegender Einsatz von In-vivo-Training und therapeutischen Hausaufgaben

Ein weiteres grundlegendes Therapieprinzip ist für mich das In-vivo-Training als Gruppe sowie ggf. für einzelne Gruppenmitglieder gruppentherapiebegleitend. Es sollte mindestens zwei- bis dreimal während einer Dauer von ca. 20 Gruppensitzungen durchgeführt und das erste Training nicht zu spät angesetzt werden. Therapeuten haben keinen ausreichenden Einblick in die individuelle Symptomatik und deren Variabilität, wenn sie das Kind nicht in realen Alltagssituationen sprechend erlebt haben.

Der innere Stress des Kindes mit realen Alltagsanforderungen (auch bei geringer Symptomatik, falls eine gesteigerte Angst besteht) und/oder die Veränderung der Symptomatik außerhalb des Therapieraums können ohne In-vivo-Training nicht ausreichend qualifiziert wahrgenommen werden.

In-vivo-Training bedeutet mehr organisatorischen Aufwand und ein verstärktes Einbringen und Sich-Zeigen auch vom Therapeuten – doch die Wirksamkeit und der Nutzen für die Patienten ist belegt und sollte von Redeflusstherapeuten auch umgesetzt werden (Wendlandt 2003). Ein gelungener Transfer der Therapieinhalte in den Alltag ist ohne In-vivo-Training kaum zu gewährleisten.

Ebenfalls sehr sinnvoll und notwendig ist es, mit gezielten therapeutischen Hausaufgaben zu arbeiten, die von den Kindern dokumentiert werden (Tonband- oder Videoaufnahmen, Protokolle, Zeichnungen, Mitteilungen der Eltern). Die Ergebnisse dieser Hausaufgaben geben zum einen Aufschluss über den Fortgang des Therapieprozesses und weitere erforderliche Inhalte, zum anderen tragen sie wesentlich zum Transfer der Therapieinhalte in den Alltag und deren Festigung bei (vgl. Wendlandt 2002).

### Einhaltung der Mindeststandards in der Stottertherapie der BVSS

Schließlich halte ich es für notwendig, dass Stottertherapeuten die „Mindeststandards in der Stottertherapie“ erfüllen, die von der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe her-

ausgebracht wurden und Voraussetzung für die Aufnahme in das Therapeutenverzeichnis der BVSS sind. Die Selbstverpflichtungserklärung umfasst Kriterien wie Diagnoseverfahren, Erstkontakt, Transparenz der Therapie, Beratung des sozialen Umfelds, Überprüfung der Therapieerfolge, Nachsorge und Evaluation.

### Überschneidende Therapiebausteine bei Stottern und Poltern in der Gruppentherapie mit Schulkindern

Im Folgenden gehe ich auf die Therapiebausteine ein, die für stotternde und polternde Schulkinder in meiner Gruppentherapie gleichermaßen anwendbar und sinnvoll sind (für eine ausführlichere Darstellung siehe Mannhard 2005; 2007).

#### Beziehungsaufbau und individuelle sowie gemeinsame Therapieziele entwickeln

Ich steige mit einem Partnerinterview ein, mit dessen Hilfe sich die Kinder gegenseitig kennen lernen und ihre Therapieziele bestimmen (Tab. 2 u. 3). Darüber hinaus werden ggf. kreative Techniken des Malens zu einer eigenen Positionsbestimmung sowie von Therapiezielen eingesetzt, um tiefer liegende Motive bewusst zu machen und ins Gespräch zu bringen (Mannhard 2009). Die Interviews werden aufgezeichnet, damit sie in darauf folgenden Sitzungen zur Identifikation der individuellen Symptomatik und der sprecherischen Stärken des Kindes genutzt werden können.

#### Wahrnehmung der individuellen Symptomatik und (sprecherischen) Ressourcen

Zur Umsetzung dieses Therapiebausteins dienen Video- und Tonaufnahmen, die von Beginn an eingesetzt werden. Sie ermöglichen dem Kind, sich aus einer Distanz heraus wahrzunehmen und zum eigenen Sprechen eine Rückmeldung der anderen Gruppenmitglieder und vom Therapeuten zu erhalten. Hierbei achte ich darauf, dass die Ressourcen des Kindes ebenfalls in den Blickpunkt rücken.

Aus diesen Wahrnehmungsübungen leiten sich nochmals spezifischere Therapieziele ab, vor allem zur Stottermodifikation und zur Arbeit am Sprechmuster auch für Polternde. Die Beobachtungen und (neuen) Zielsetzungen werden von den Kindern in einem Protokoll festgehalten.

#### Modifikation der Stotter-symptomatik und Arbeit am Sprechmuster (auch bei Polternden) sowie Abbau von Sprechängsten

Sobald die Kinder ihre Ziele festgehalten und ich diese aus therapeutischer Sicht modifiziert und/oder ergänzt habe, werden Übungen

zur Umsetzung der sprecherischen Ziele ausgewählt. Diese setzen sich zum einen aus dem zusammen, was die Kinder vorgeben, zum anderen aus meinen Anregungen.

► Für Ivo (12 Jahre) war zum Beispiel klar, dass er für ein Referat in der Schule üben wollte. Seine sprecherischen Ziele lagen aufgrund der Mischform Poltern-Stottern vor allem in der Veränderung seines Sprechmusters mit dem Ziel des pausenbetonten, phrasierten Sprechens und einer deutlichen Artikulation. Er hatte zudem starke Sprech- bzw. Stotterängste, die bei der Vorbereitung zum Referat ebenso angegangen und im In-vivo-Training weiter bearbeitet wurden. Leider fehlte es ihm an kontinuierlicher Motivation und Disziplin zur Bearbeitung seiner gesamten Sprechsymptomatik. Nachdem er das Referat mit der Note Eins abschlossen hatte, kam er nicht mehr zur Gruppe, weil sich aus seiner Sicht sein Anliegen „erledigt hatte“.

► Leo (12 Jahre) wies ein sehr leichtes Reststottern auf, hatte jedoch starke Angst und Druck im Umgang mit dem Stottern. Mit Leo erarbeitete ich v. a. Übungen mit Pseudostot-

■ Tab. 2: Partner-Interview Stotter-Polter-Gruppe

#### Fragen zur Person

- Beschreibe deine Familie.
- Was kannst du gut?
- Wofür interessierst du dich?
- Was magst du an der Schule, was nicht?

#### Fragen zum Umgang mit Stottern/Poltern

- Versuchst du dein Stottern/Poltern zu verstecken und falls ja, wie?
- Benutzt du viele Füllwörter wie „ähm“, um das Stottern zu umgehen?
- Sagst du anderen, dass du Probleme mit dem Sprechen hast?
- Wie gehen die anderen mit deinem Stottern/Poltern um, deine Freunde, Lehrer, Familie?
- Gibt es Dinge, die du wegen deines Sprechens nicht machst, obwohl du sie gerne machen würdest?

#### Fragen zum Auftreten des Stotterns/Polterns

- Wann ist dein Stottern/Poltern ein Problem?
- Wie gehst du damit um, wenn du Wörter sprechen willst, wo du Stottern erwartest?
- Was tust du, wenn du ein Wort nicht herausbringst?
- Wann klappt es mit dem Sprechen gut?
- Wie schaffst du es, dein Stottern aktiv aufzulösen?
- Wie schaffst du es, in angemessenem Tempo zu sprechen?

#### Fragen zu Zielen

- Was willst du durch die Therapie erreichen?
- Wie kannst du es schaffen, dass du deine Ziele *nicht* erreichst?
- Wie kannst du dich aktiv einbringen, damit die Therapie für dich Erfolg hat?

1 Namen und Alter der genannten Kinder wurden verändert

### Tab.3: Reflexionsbogen Sprechaufgaben Stotter-Polter-Gruppe

#### Was hat gut geklappt?

- Welche Sprechziele, die du dir vorgenommen hast, konntest du gut umsetzen?
- Warum?
- Was hast du davon, wenn du dieses Sprechziel weiter verfolgst und umsetzt?

#### Was war nicht erfolgreich?

- Welche Sprechziele, die du dir vorgenommen hast, konntest du nicht umsetzen?
- Warum nicht?
- Was hast du davon, wenn alles so bleibt wie es ist und du diese Ziele weiter nicht angeht und umsetzt?

#### Was kannst du in Zukunft noch erreichen?

- Welche neuen Ziele oder Sprechaufgaben nimmst du dir nun vor?
- Wie konkret wirst du diese Sprechziele üben?
- Wer wird dir dabei helfen und dich unterstützen?

#### Wie belohnst du dich, wenn du es geschafft hast?

- Wer oder was hilft dir dabei?

tern zur Desensibilisierung. Hierbei wurden Telefonübungen und In-vivo-Übungen eingesetzt, die in der Gruppe mit Übungen zum Pseudostottern im Therapieraum vorbereitet wurden.

► *Sven (10 Jahre)* zeigte ein starkes Stottern mit Zungenvorstoß, das die Auffälligkeit begünstigt, und hatte bereits zahlreiche Mobbing-Erfahrungen in der Schule gemacht. Er ist ein zurückgezogener Junge, der sich wenig aktiv einbringt und eine starke Bindung zur allein erziehenden Mutter aufweist. Sein Selbstwertgefühl war eingeschränkt, ist in der Gruppe aber zunehmend aufgebaut worden. Sven verfügte über eine mangelnde Selbstwahrnehmung und Eigenaktivität, die Schritte und Ziele mussten ihm in jeder Stunde wieder bewusst gemacht werden. Er beherrschte den weichen Stimmeinsatz und den Pullout sehr gut, wendete ihn jedoch ohne Anweisung des Therapeuten wenig an. Sprechängste oder Angst vor dem Stottern waren bei Sven weniger vorhanden, was ggf. auch die mangelnde Motivation zum Umsetzen der sprecherischen Hilfen erklärt. Mit Sven wurde vermehrt über In-vivo-Training gearbeitet, auch in begleitender Einzeltherapie, die fehlende Eigenaktivität blieb jedoch weitgehend bestehen. Strategien zum Umgang mit Mobbing wurden in Rollenspielen und Gesprächen geübt.

► *Nils (9 Jahre)* war bereits in mehreren Therapien ohne nennenswerte Erfolge und „therapiemüde“. Er wies laut Mutter Veränderungen in seinem Gefühlsleben auf, war

wegen des Stotterns depressiv verstimmt und aggressiv, und v. a. mit dem Bruder kam es wiederholt zu massiven Auseinandersetzungen. Mir war somit klar, dass es nun nicht um eine weitere (ggf. längere) Einzeltherapie gehen kann, sondern dass Nils nach wenigen Stunden Einzeltherapie zum Erlernen des weichen Stimmeinsatzes und Pullouts (der in den vorangegangenen Therapien unzureichend gefestigt worden war) an der Gruppe teilnehmen sollte. Dies förderte seine Motivation erheblich und er machte gute Fortschritte. Er hatte jedoch Probleme mit der Disziplin, was sich in störendem Verhalten in der Gruppe und auch im mangelnden Umsetzen der vermittelten sprecherischen Hilfen zeigte. Er gewann in der Gruppe einerseits an Sprechfreude, verminderter Symptomatik und an Selbstbewusstsein, konnte damit andererseits nicht immer konstruktiv umgehen und nahm zeitweise die Rolle „des Kaspers“ ein. Gerade die Gruppentherapie ermöglichte es, mit ihm an kommunikativen Kompetenzen und Regeln zu arbeiten, wie es in der Einzeltherapie nicht möglich gewesen wäre.

#### Einbeziehen von Bezugspersonen

Die Kooperation mit Lehrern ist ein besonderes Thema, auf das ich hier nicht näher eingehen möchte und daher auf einen anderen Beitrag verweise (*Mannhard 2007*). Es sei an dieser Stelle lediglich erwähnt, dass die Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe Materialien zum Gestalten einer Schulstunde zum Stottern erstellt hat, die man dort anfordern kann.

Wie bedeutsam der Austausch mit den Eltern ist, wurde bereits mehrfach angesprochen. Vor allem dient er mir neben der Ermittlung der anamnestic Daten zur Gestaltung der Therapieziele, der Inhalte und der Reflexion des Therapieprozesses für das jeweilige Kind. In der Gruppentherapiemaßnahme mit den erwähnten Kindern waren die beteiligten Eltern besonders heterogen geprägt, was den gemeinsamen Austausch erschwerte bis stellenweise unmöglich machte. So kam es eher zu Einzelgesprächen mit den Eltern bzw. meist mit den Müttern.

► *Ivos Eltern* waren für mich besonders problematisch, da sie die fehlende Motivation und Disziplin des Kindes unterstützten, indem sie mich bei jeder mangelnden Motivation des Kindes, wenn dies beispielsweise Unmut zeigte, zur Therapie zu kommen, anriefen, um mir zu sagen, dass das Kind wohl nicht mehr zur Therapie kommen werde. Sie verstanden nicht, dass die Therapie keine kurze Trainingseinheit für das anstehende Referat in der Schule ist, sondern ein weitreichender Prozess.

► *Svens Mutter* ist allein erziehend mit wenig Geld und Unterstützung. Ich erlebte sie als dominante und kognitiv einfache Person, die mit dem Jungen stringent umgeht, was zudem noch durch dessen erwachsenen Bruder, der ihm wegen des Sprechens häufig Druck machte und die Rolle des Vaters in der Familie eingenommen hatte, verstärkt wurde. Sven kann sich meinem Eindruck nach in diesem Familiensystem im Hinblick auf Selbstvertrauen und Eigenaktivität nicht recht entfalten. Die Gruppe war für ihn eine wertvolle psychosoziale Anregung, was ebenfalls den Erfolg einer Maßnahme ausmacht, auch wenn ich mir für ihn einen konsequenteren Einsatz der vermittelten sprecherischen Hilfen gewünscht hätte. Es geht hierbei für ihn wohl vor allem um einen psychischen Reifungsschritt, damit er den Bedarf an Eigeninitiative überhaupt wahrnimmt. Mit Svens Mutter kam es zu Einzelgesprächen, denn sie wollte ihre familiären Erfahrungen ebenfalls nicht mit den anderen Eltern austauschen.

► *Nils und Leos Mütter* waren offen und interessiert am Austausch und vor allem Leos Mutter hatte großen Bedarf an Aufklärung über das Stottern, da ihr Kind innerlich starken Kommunikationsdruck trotz leichter Symptomatik hatte und andernorts nach wenigen Stunden als „austherapiert“ galt, was aber weder vom Kind noch von der Mutter so empfunden wurde.

#### Fazit

Stottern und Poltern kann meiner Erfahrung nach durch überschneidende Therapiebausteine sehr gut gemeinsam behandelt werden. Gruppentherapie ist bei Schulkindern die geeignete Maßnahme, um die gemeinsamen und individuellen Anforderungen der Schule austauschen und bearbeiten zu können. Bei Standard-Therapieprogrammen ist fraglich, ob sie stets allen Gruppenmitgliedern in gleicher Weise gerecht werden können. Nach meinem Dafürhalten lebt eine Gruppentherapiemaßnahme von der individuellen Beteiligung der jeweiligen Kinder und hat einen prozesshaften Aufbau und eine variable Entwicklung. Notwendige flankierende Maßnahmen der Gruppentherapie sind In-vivo-Training, therapeutische Hausaufgaben und das Einbeziehen von Lehrern und Eltern.

## LITERATUR

- Katz-Bernstein, N. & Subellok, K. (Hrsg.) (2002). *Gruppentherapie mit stotternden Kindern und Jugendlichen. Konzepte für die sprachtherapeutische Praxis*. München: Reinhardt
- Mannhard, A. (2002). Gesprächsführung in der Logopädie am Beispiel Stottertherapie. *Forum Logopädie* 4 (16), 22-26
- Mannhard, A. (2005) Die Behandlung des Polterns bei Jugendlichen und Erwachsenen. *Forum Logopädie* 3 (19), 18-25
- Mannhard, A. (2007). Ich schaffs! Gruppentherapie für stotternde Schulkinder (direkte Stottertherapie) in Anlehnung an das lösungsorientierte Programm von Ben Furmann. Ein Therapiebericht. *Logos interdisziplinär* 4 (15), 268-283
- Mannhard, A. (2008). Stottern und Poltern im Kindesalter. *Kinder- und Jugendarzt* 12 (39), 1-3

- Mannhard, A. (2009). Die Kinderzeichnung in der ärztlichen und therapeutischen Praxis – Entwicklung und Interpretation. *Kinder- und Jugendarzt* 10 (40), 1-5
- Sick, U. (2004) *Poltern. Theoretische Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Stuttgart: Thieme
- Starkweather, C.W., Gottwald, S.R. & Halfond, M.M. (1990). *Stuttering prevention – a clinical method*. Englewood Cliffs, NJ/USA: Prentice Hall
- Wendlandt, W. (2002). *Therapeutische Hausaufgaben. Materialien für die Eigenarbeit und das Selbsttraining. Eine Anleitung für Therapeuten, Betroffene Eltern und Erzieher*. Stuttgart: Thieme
- Wendlandt, W. (2003). *Veränderungstraining im Alltag. Eine Anleitung zur In-vivo-Arbeit in Therapie, Beratung und Selbsthilfe*. Stuttgart: Thieme
- Wendlandt, W. (2009). *Stottern im Erwachsenenalter. Grundlagenwissen und Handlungshilfen für die Therapie und Selbsthilfe*. Stuttgart: Thieme

- Zückner, H. (2009). *Selbstwert von stotternden Jugendlichen – Einflüsse auf Therapie und Sprechverhalten*. Vortrag auf dem 38. dbl-Kongress in Mainz

### Weiterführende Literatur

- Büttner, C. & Quindel, R. (2005). *Gesprächsführung und Beratung. Sicherheit und Kompetenz im Therapiesprach. Heidelberg: Springer*
- Dambach, K.E. (2009). *Mobbing in der Schulklasse*. 3. Auflage. München: Reinhardt
- Mannhard, A. (2003). Erweiterung sozialer Kompetenzen durch Kommunikationstraining. *Logos interdisziplinär* 1 (11), 14-22
- Mannhard, A. (2004). Prof. Wolfgang Wendlandt im Gespräch mit Anja Mannhard. *Forum Logopädie* 3 (18), 11-16
- Vogt, M. & Caby, F. (2009). *Ressourcenorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Dortmund: Borgmann
- Weber, W. (2005). *Wege zum helfenden Gespräch. Gesprächspsychotherapie in der Praxis*. München: Reinhardt

### Autorin

Anja Mannhard  
Praxis für Logopädie & Personenzentrierte Beratung  
Basler Str. 78 · 79540 Lörrach  
info@anjalingua.de · www.anjalingua.de

### SUMMARY. Dynamic group therapy for stuttering and cluttering schoolchildren

Efficient treatments of stuttering and cluttering have always been discussed. The necessity of a direct therapy of stuttering schoolchildren and even preschool children has been widely accepted. Group therapy is considered to be the most efficient method. Stuttering and cluttering occur separately or as a mixed form and can be treated together. But also merely stuttering or cluttering schoolchildren can be treated very well by group therapy intervention because they benefit from overlapping therapy components and especially from the advantages of group therapy with regard to communication.

KEY WORDS: Stuttering – cluttering – group therapy – communication therapy – schoolchildren



INSTITUT ZUR REHABILITATION  
TUMORBEDINGTER STIMM- UND  
FUNKTIONSTÖRUNGEN

## Wege aus der Stimmlosigkeit nach LE

### Broschüre zu Erste Hilfe Maßnahmen Speziell für Laryngektomierte und Tracheotomierte: unsere neue Infobroschüre für Patienten und Angehörige.

In unserem ITF-Ratgeber finden Sie ausführliche Informationen und Tipps zum Thema "Erste Hilfe bei Halsatmern".

Besuchen Sie unsere Webseite unter [www.itf-institut.de/aktuelles](http://www.itf-institut.de/aktuelles) und laden sich Ihr kostenloses Exemplar direkt als pdf auf Ihren Computer.

Oder bestellen Sie die Broschüre:

- Telefonisch: 0221 - 9 84 23 64
- Per E-mail: [info@itf-institut.de](mailto:info@itf-institut.de)
- Per Post: ITF - Institut zur Rehabilitation Tumorbedingter Stimm- und Funktionsstörungen • Hameler Weg 37 • 51109 Köln

### TheraNet - DAS Online Netzwerk

Hier finden Sie deutschlandweit Kontakte zu Fach-Logopäden für den Bereich Laryngektomie. Sie wollen sich ebenfalls registrieren? Kontaktieren Sie uns!

ITF - Institut zur Rehabilitation Tumorbedingter Stimm- und Funktionsstörungen  
Hameler Weg 37 • 51109 Köln • Tel.: 0221 - 9 84 23 64 • E-Mail: [info@itf-institut.de](mailto:info@itf-institut.de) • Webseite: [www.itf-institut.de](http://www.itf-institut.de)

